FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1880 — **THÈSE** — N° 309

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 26 juillet 1880, à 1 heure.

JEAN-MARIE ROBERT
Né le 24 mars 1855

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CANCER DE L'S ILIAQUE

Président : M. POTAINT, *professeur*.

Juges : MM. TRÉLAT, *professeur*. DIEULAFOY OLLIVER, *agrégés*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.
31, [illegible]ONSIEUR-LE-PRINCE, 31.
1880

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen............ M. VULPIAN.

Professeurs......... MM.

Chaire	Professeurs
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	TRELAT. GUYON.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.) LASEGUE. HARDY. POTAIN.
Maladies des enfants	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ.

Professeurs honoraires :

MM. BOUILLAUD, le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
B. ANGER.	DELENS.	HENNINGER.	POZZI.
BERGER.	DIEULAFOY.	HUMBERT.	RENDU.
BERGERON.	DUGUET.	DE LANESSAN.	RICHET.
BOUCHARDAT.	DUVAL.	LANCEREAUX.	RICHELOT.
BOURGOIN.	FARABEUF.	LEGROUX	RIGAL.
CADIAT.	FERNET.	MARCHAND.	STRAUS.
CHANTREUIL.	GAY.	MONOD.	TERRIER.
CHARPENTIER.	GRANCHER.	OLLIVIER.	TERRILLON.
DEBOVE.	HALLOPEAU	PINARD.	

Agrégés libres chargés des cours complémentaires.

Cours cliniques des maladies de la peau	MM. N.
— des maladies des enfants	N.
— d'ophthalmologie	N.
— des maladies des voies urinaires	N.
Chef des travaux anatomiques	FARABEUF.

Secrétaire de la Faculté : A. PINET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Docteur en médecine.

A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR POTAIN

A TOUS MES ANCIENS MAITRES DE L'HOPITAL NECKER
ET DE LA CHARITÉ

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER DE L'S ILIAQUE

INTRODUCTION.

Jusqu'à ces dernières années le cancer de l'S iliaque n'a pas appelé l'attention des observateurs et a été confondu avec le cancer de l'intestin en général. Dolbeau, dans ses Cliniques, a consacré quelques pages au cancer de l'S iliaque, mais il s'est occupé presque exclusivement de son traitement chirurgical. Ce sujet n'a été traité d'une façon complète dans aucune monographie digne de ce nom.

Cependant cette lésion est relativement fréquente et son étude intéresse vivement la science, quel que soit le point de vue auquel on se place. Nous allons

nous efforcer de combler aujourd'hui cette lacune regrettable; malgré le peu d'autorité que nous avons pour mener à bien ce travail, nous nous proposons surtout d'exposer les difficultés que présente le diagnostic de cette affection, difficultés dont nous avons été frappé dans le cours de nos études. Assurément, nous n'avons pas la prétention d'avoir dit le dernier mot sur cette difficile question ; notre but sera atteint si notre modeste travail attire l'attention des observateurs en ce sens.

DU CANCER DE L'S ILIAQUE.

DÉFINITION.

Nous ne nous arrêterons pas à la définition du cancer en général. Nous nous contenterons de reproduire celle que l'on trouve à l'article cancer du Dictionnaire de MM. Littré et Robin : « Ce mot sert à désigner toutes les tumeurs qui désorganisent les tissus où elles se développent, qui se les assimilent, qui s'étendent sans jamais rétrograder, et le plus souvent se reproduisent d'après la cause inconnue qui a présidé à leur génération primitive. » Nous ajouterons : « qui ont une terminaison presque constamment pour ne pas dire toujours funeste. »

D'après ce que nous venons de dire, le cancer de l'S iliaque consiste dans la production sur les parois de la portion iliaque du côlon d'une tumeur maligne pouvant se généraliser à d'autres organes et aboutissant fatalement à la mort.

Il nous reste à indiquer l'ordre que nous avons l'intention de suivre dans l'accomplissement de notre tâche.

Dans un premier chapitre nous dirons quelques mots sur l'étiologie du cancer et sur ses formes.

Nous consacrerons un deuxième chapitre à la description des symptômes et de la marche de la maladie. Nous lui reconnaîtrons une marche rapide et une marche lente, suivant que le cancer révèle son existence par des accidents qui sont le signal des périodes ultimes, ou qu'il s'annonce par des troubles fonctionnels vagues et de longue durée.

Dans un troisième chapitre nous parlerons du diagnostic différentiel de cette affection.

Dans un quatrième chapitre nous présenterons quelques considérations sur le traitement de cette terrible maladie.

CHAPITRE PREMIER.

§ 1er. — Etiologie du cancer.

L'étiologie du cancer est très obscure : on a invoqué successivement l'âge, l'hérédité, les chagrins profonds, les mauvaises conditions hygiéniques, les coups, la ménopause, etc., toutes causes qui ne méritent pas l'importance qu'on leur a attachée autrefois.

Age. — Cependant il est aujourd'hui démontré que l'âge prédispose à l'altération cancéreuse, et

c'est surtout après 45 ans que l'on rencontre le cancer, mais il ne faudrait pas conclure qu'on ne l'observe pas chez de jeunes sujets ; ainsi dans l'une de nos observations le malade atteint d'un cancer à la portion iliaque du côlon n'a que 19 ans.

Hérédité. — L'hérédité, sans être fatale, est une cause du cancer. Dans quelle proportion ? Nous ne saurions le dire au juste. Dans les douze observations du cancer de l'S iliaque que nous avons pu recueillir, nous n'avons trouvé qu'une fois des antécédents cancéreux.

Quant au sexe, on ne peut l'accuser d'être une cause prédisposante à l'affection qui nous occupe, car le côlon est un organe commun aux deux sexes, présentant la même structure et chargé des mêmes fonctions physiologiques. Si nous consultons nos observations, nous voyons que 7 cas appartiennent au sexe masculin et 5 cas au sexe opposé.

Nous ne nous arrêterons pas aux autres causes. En résumé, nous accordons une certaine influence à l'âge et à l'hérédité sur la production du néoplasme, tout en faisant des réserves sur la part qui doit leur être attribuée.

§ 2. — Fréquence du cancer de l'S iliaque.

De toutes les portions du tube digestif intestinal, c'est l'S iliaque, si l'on en excepte le rectum, qui est

le plus fréquemment affectée de la dégénérescence cancéreuse. Sur 13 cas de cancer du gros intestin, Chanut a relevé la situation de la dégénérescence, 6 fois à l'S iliaque, 2 fois à l'union du côlon descendant avec le colôn transverse, 1 fois à l'union du côlon transverse avec l'ascendant; sur 108 cas de rétrécissements cancéreux de l'intestin, dit M. S. Duplay (1), on a trouvé 72 fois le siège du rétrécissement dans l'S iliaque. Pour expliquer cette prédilection du mal pour cette portion du tube digestif, on a invoqué les courbures, les angles qu'elle présente. Sans être exclusive comme le prouve l'abondance relative du cancer rectal, cette prédilection peut bien avoir quelque réalité. En tout cas, ce n'est là qu'une hypothèse qui pour passer à l'état de réalité demande encore de nouvelles recherches.

Dans les cas les plus rares le cancer de l'S iliaque est secondaire ; l'altération arrive par continuité de tissus et provient du rectum. D'autres fois elle se propage du rectum et de la vessie à l'S iliaque. Les rapports de contiguïté suffisent amplement à la transmission du mal, car les adhérences préalables ont supprimé l'indépendance et comblé les intervalles des organes.

Mais le plus souvent le cancer de l'S iliaque est primitif et débute par l'épithélium de la muqueuse ou par le tissu sous-muqueux et les éléments con-

(1) Du rétrécissement cancéreux de l'intestin : entérotomie. Gazette des hopitaux, 1er et 3 janvier 1880.

jonctifs de la tunique interne, et non par la couche grandulaire, comme le croyait Baillie.

Formes. — Le squirrhe, l'encéphaloïde, l'épithélioma en sont les formes les plus communes; le cancer colloïde s'y rencontre aussi.

CHAPITRE

SYMPTOMATOLOGIE

D'après les auteurs qui ont écrit sur le cancer de l'S iliaque, les premiers phénomènes qui apparaissent sont des alternatives de diarrhée et de constipation. Pendant deux, trois, quatre jours le malade reste sans aller à la garde-robe; puis, sans cause appréciable, il se produit une selle abondante, une véritable débâcle, qui amène l'expulsion de sérosités glaireuses, mélangées aux matières solides accumulées dans l'intestin. Du sang liquide et rouge est en outre évacué, soit avec les selles, soit dans leur intervalle. Dans les cas où le calibre intestinal est notablement rétréci, le cancer laisse des traces sur les matières, dont il gêne le passage; les matières fécales rejetées au dehors dans ces circonstances tantôt

forment un petit cylindre, tantôt sont rubanées, tantôt sont globuleuses comme des excréments de mouton. Les auteurs insistent sur une douleur fixe qui aurait son siège dans la fosse iliaque gauche et sur l'apparition dans la même fosse d'un empâtement ou d'une tumeur très manifeste. Puis, au bout d'un temps plus ou moins long, s'ajoutent l'anémie, la cachexie, la teinte jaune-paille, lesquelles sont le résultat des pertes sanguines réitérées et du trouble apporté aux fonctions de la nutrition, et le malade succombe lentement dans le marasme.

D'autres fois les phases de constipation s'allongent et à un moment donné la stase des fèces devient complète, le météorisme, les nausées, les vomissements de matières alimentaires d'abord, bilieuses ensuite, fécaloïdes enfin surviennent et le malade meurt avec tous les signes de l'étranglement interne.

Quant au ballonnement il aurait pour caractères principaux, dans le cas qui nous occupe, d'être régulier, d'après Vidal de Cassis, et d'être formé surtout aux dépens du gros intestin dont les gros cylindres encadreraient, suivant la remarque de M. Jaccoud, l'enflure médiane due à l'intestin grêle.

Mais les faits montrent clairement que rien n'est plus variable que le mode de début, que la marche, que la physionomie du cancer de l'S iliaque. Tantôt les accidents surviennent brusquement, au milieu d'une santé en apparence parfaite, et emportent le

malade en quelques semaines; tantôt le cancer s'annonce par des troubles fonctionnels vagues dont la durée est fort longue; rarement il révèle son existence par des signes physiques qui ne laissent aucun doute au diagnostic.

Retrécissements cancéreux à marche aiguë.

Tout d'abord cette expression est fort impropre et demande une explication. Nous ne prétendons nullement établir que le néoplasme s'est développé en quelques jours, en quelques semaines au plus, nous voulons seulement exprimer la rapidité avec laquelle les accidents apparaissent et tuent le malade.

Un homme de 50 ans environ, n'ayant jamais fait de maladies antérieures, n'ayant jamais accusé d'affections abdominales, *n'ayant jamais été constipé*, se présente un jour à son heure habituelle à a garde-robe et s'aperçoit qu'il ne peut aller à la selle. Sans s'inquiéter outre mesure, il retourne à son travail de charpentier auquel il se livre avec son entrain ordinaire. Le lendemain il réitère ses efforts et n'est pas plus heureux que la veille. Vers le milieu du troisième jour, des douleurs abdominales vives l'obligent à interrompre son travail à et s'aliter et les purgations les plus énergiques, les lavements réitérés, les douches ascendantes, l'électricité sont

impuissants à surmonter cette constipation opiniâtre et insolite. Le ventre se ballonne, tous les signes qui forment le cortège de l'étranglement interne se montrent les uns après les autres; on pratique la laparotomie et on trouve un superbe épithélioma de l'S iliaque.

Observation I (personnelle, recueillie à la Charité dans le service de M. le professeur Hardy). — Epithélioma de l'S iliaque pris pour un volvulus; gastrotomie; anus artificiel.

M. D..., charpentier, âgé de 48 ans, entre le 20 octobre dans la salle Saint-Charles à la Charité. C'est un homme sec, maigre, ordinairement bien portant. Dans sa vie il n'a jamais fait de maladies sérieuses, jamais éprouvé d'accidents abdominaux. Depuis quinze jours il s'était seulement aperçu que son appétit avait diminué un peu, quand, le lundi 20 octobre, s'étant présenté à son heure habituelle à la garde-robe, il ne put expulser, malgré les plus grands efforts, que quelques petites boulettes de matières très dures, de la grosseur d'une noisette. Jusqu'à ce jour, il n'avait jamais été constipé et il allait régulièrement à la selle tous les jours. Il n'avait jamais d'alternatives de diarrhée et de constipation et n'avait jamais rendu de sang par l'anus. Il n'avait pas non plus remarqué que le boudin fécal eût diminué de volume depuis quelque temps et fût plus effilé que de coutume. Il ne s'inquiéta pas de cette constipation insolite et continua à travailler à son métier de charpentier jusqu'au mercredi à midi, après avoir renouvelé en vain ses efforts le mardi et le mercredi matin pour aller à la selle.

Le mercredi 23 octobre il éprouva des douleurs dans le ventre et dut se mettre au lit. Ce même jour il s'aperçut que son ventre avait augmenté notablement de volume et il fut pris de vomissements alimentaires.

Le 24, il se purgea avec de l'huile de ricin, mais inutilement.

Le 25. On lui donna plusieurs lavements qui n'amenèrent aucune évacuation.

Le 25. Le médecin mandé près de lui lui prescrivit une purgation de sulfate de soude qui ne produisit pas de garde-robes.

Le 29. Il entra à l'hôpital voyant que tous les remèdes étaient impuissants. On lui ordonna de l'huile de croton, laquelle fut aussitôt vomie.

Le 30. A l'examen du malade on trouva le ventre médiocrement ballonné, l'intestin grêle était peu distendu, mais en revanche le cæcum, le côlon transverse, le côlon descendant, formaient une saillie très manifeste, ce qui fit supposer que l'obstacle siégeait très bas. Par le toucher rectal on ne constata aucune tumeur, on trouva seulement des matières fécales durcies. Le ventre est peu douloureux, l'état général est excellent: pas de fièvre, face non grippée, pouls fort, langue belle. L'individu vomit tout ce qu'il prend mais il ne vomit que lorsqu'il ingère quelque chose; donc, pas de vomissements spontanés. Ses vomissements sont verdâtres. Pas de teinte jaune-paille, pas de sensation de tumeur dans l'abdomen, pas d'anurie; l'individu urine très facilement et aussi abondamment que dans l'état de santé.

M. Hallopeau qui suppléait M. Hardy diagnostique une occlusion intestinale. De quelle nature est-elle ? Il n'en sait rien; cependant vu la rapidité des accidents et l'absence de toute indisposition antérieure il croit pouvoir se prononcer pour un volvulus.

Il prescrit des lavements d'eau de seltz sans obtenir de résultat appréciable, quoiqu'il eût fait placer les flacons sur une planche située à 1 mètre 50 au-dessus du niveau du lit. On électrise l'abdomen sans obtenir plus d'effet. Le vendredi 31 octobre on se prononce pour l'opération, bien que l'individu eût rendu trois gaz ; jusque là, il n'en expulsa pas un seul. D'ailleurs on leur attache peu d'importance, ces gaz étant sortis après les lavements d'eau de seltz.

M. Berger se décide à pratiquer la laparotomie, en présence de M. Gosselin. Il fait une incision longue de 7 à 8 centimètres environ, partant de deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et se dirigeant vers le pubis en suivant la ligne médiane.

Après avoir incisé couche par couche la paroi abdominale et le péritoine sur une sonde cannelée, il introduisit la main dans l'abdomen après l'avoir préalablement trempée dans l'eau phéniquée au vingtième et crut trouver des brides dans la fosse iliaque droite au niveau du cæcum. Dans son incertitude il retira les intestins de l'abdomen et les reçut dans des serviettes chauffées.

Quand tout l'intestin grêle se trouva hors de la cavité abdominale il introduisit de nouveau la main et cette fois constata d'une manière nette une tumeur siégeant sur l'S iliaque, tumeur qui lui parut de nature organique et à laquelle il rapporta l'occlusion. D'où il conclut à la nécessité de pratiquer un anus contre nature. Il pratiqua alors dans la fosse iliaque gauche une incision partant de l'épine iliaque supérieure et antérieure et remontant à 4 centimètres environ plus haut ; puis après avoir appliqué six fils de suture sur l'intestin, fit une incision sur le côlon descendant, incision par laquelle on vit sortir aussitôt les matières fécales.

Alors il rentra l'intestin dans l'abdomen et réunit les bords de la première incision par des points de suture faits avec du gros fil d'argent et il pratiqua le pansement de Lister.

La nuit suivante le malade mourut.

A l'autopsie on constata un épithelioma de l'S iliaque, épithelioma qui était cylindrique.

L'observation suivante, que nous devons à l'obligeance de M. le Dr E. Barie, chef de clinique de la Faculté, est aussi instructive et présente les plus grandes analogies avec celle que nous venons de citer. Là encore le début ou plutôt l'apparition des accidents a été brusque, et tout dans la marche, dans la physionomie de la maladie a contribué à la faire confondre jusqu'au dernier moment avec un volvulus. Le malade n'avait eu antérieurement ni diarrhée insolite, ni constipation habituelle, ni alter-

natives de diarrhée et de constipation ; son état général ne laissait rien à désirer, il n'avait pas la moindre apparence cachectique, ni même souffreteuse lorsque se sont produits les phénomènes de l'étranglement interne. De temps à autre il rendait il est vrai du sang noir par l'anus, mais ce fait s'expliquait par la présence d'un bourrelet hémorrhoïdal.

Obs. II. — Epithélioma cylindrique de l'S iliaque ayant produit des phénomènes d'étranglement interne ; difficultés du diagnostic entre le cancer de l'intestin et le volvulus ; gastrotomie ; mort.

Le nommé Saint-Ouen (Louis), plombier, âgé de 70 ans, entre à l'hôpital Necker dans le service de clinique de M. le professeur Potain le 20 novembre 1879. Cet homme qui n'a jamais fait de maladies antérieures, se plaint d'une constipation opiniâtre, qui dure depuis vingt-cinq jours ; absence complète de selles, pas de gaz intestinaux rendus par l'anus. Quelques jours avant le début de ces accidents le malade était un peu souffrant, il se plaignait de coliques peu vives d'ailleurs, il avait la sensation de mouvements intestinaux et éprouva quelque difficulté à aller à la selle ; dans les efforts de défécation il rendit une certaine quantité de sang noir par l'anus, mais ce fait se produisait de temps à autre chez lui, car cet homme présente depuis une dizaine d'années un bourrelet hémorrhoïdal, peu volumineux d'ailleurs. Pendant la première huitaine qui a suivi la cessation absolue des selles, le malade a pu encore travailler, mais les douleurs abdominales, le ballonnement croissant de l'abdomen, l'ont forcé bientôt à quitter son travail. C'est alors qu'il eut recours à différents agents thérapeutiques conseillés par son médecin : purgatifs répétés, usage de drastiques, de l'huile de croton, grands lavements, etc. De plus, depuis deux jours, le malade a des nausées, parfois des vomissements, mais rares et peu abondants ; les matières vomies ont l'odeur fécale.

A son entrée dans la salle de clinique, nous trouvons le malade dans la situation suivante :

Etat général excellent, pas la moindre apparence cachectique ou même souffreteuse ; le ventre cependant est très ballonné et donne à la percussion une sonorité tympanique généralisée ; en l'observant plus attentivement, on peut reconnaître que l'abdomen est très légèrement aplati dans le flanc droit, tandis que le côté gauche, la région médiane sus et sous-ombilicale font une saillie assez notable. La palpation est négative.

Le malade accuse des coliques fréquentes dont il décrit très exactement le trajet : elles ont leur point de départ dans la fosse iliaque gauche, remontent dans tout l'abdomen pour venir se terminer au niveau de l'épigastre ; les anses intestinales ne sont nullement dessinées sur la paroi abdominale, mais il est facile d'entendre fréquemment des borborygmes sonores. Les fonctions urinaires s'accomplissent sans difficulté, l'urine est claire et ne renferme ni albumine ni sucre. En dehors de ces accidents intestinaux on ne trouve aucun phénomène pathologique à relever chez ce malade, sauf un peu d'emphysème, et un certain degré d'athérome artériel, conséquences de l'état sénile.

Température axillaire, 38°,2 ; pouls, 72.

Il était facile de cet ensemble symptomatique, de conclure au diagnostic : obstruction intestinale, mais restait à trouver la nature et le siège de l'obstacle qui s'opposait à la libre circulation des matières.

A. Relativement à la nature de l'obstacle, on pouvait de suite éliminer l'étranglement herniaire ; il en était de même de l'obstruction stercorale, l'administration des purgatifs drastiques n'ayant amené aucune rémission des accidents ; s'appuyant sur ce fait que les phénomènes d'étranglement étaient survenus lentement et d'une manière progressive, on pouvait supposer que l'obstacle était formé par quelque compression intestinale causée par une tumeur de l'abdomen, mais l'exploration la plus minutieuse ne donnait à ce sujet que des renseignements négatifs et d'ailleurs le manque complet de tout antécédent pathologique autorisait à rejeter cette hypothèse ; de même l'obstruction par invagination, n'était pas admissible vu l'absence de la tumeur dite boudin d'invagination et d'un autre côté, on ne trouvait pas non plus chez ce malade les débâcles de liquide

séro-purulent ou même hémorrhagique contenant parfois en suspension des débris de l'intestin sphacélé, et qui sont la caractéristique de l'invagination intestinale, lorsque celle-ci a déjà une certaine durée. Restait donc l'hypothèse du cancer abdominal, qui lui aussi peut occasionner à la longue des accidents d'étranglement interne.

Mais si notre malade se trouvait par son âge dans les conditions propres à l'éclosion de la diathèse cancéreuse, son état général florissant semblait contredire la possibilité de l'existence d'un cancer, ou tout au moins ne la faire admettre qu'après la plus extrême réserve.

Une autre affection pouvait encore expliquer les accidents présentés par notre malade, je veux parler du volvulus, ou étranglement par torsion.

Sans doute, c'est parfois brusquement, d'une manière rapide que se forme le volvulus, par exemple après un repas copieux ou sous l'influence de mouvements violents accomplis pendant la durée du travail de la digestion, mais il n'en est pas toujours ainsi, et de même que le cancer de l'intestin, le volvulus peut dans certaines circonstances présenter une évolution très lente, et n'arriver à produire des accidents d'étranglement qu'au bout de plusieurs mois. Ainsi donc, après examen approfondi, après avoir pour ainsi dire pesé chacune des hypothèses qu'on pouvait émettre en pareil cas, le diagnostic restait hésitant entre le cancer de l'intestin et le volvulus; cependant M. Potain inclinait pour le volvulus.

B. La difficulté n'était pas moindre pour rechercher le siège, soit du cancer soit, du volvulus, qui paraissait plus probable.

Le peu de difficulté de l'urination, et les vomissements rares et peu abondants, et franchement fécaloïdes, permettent de supposer que l'obstacle occupe un point assez bas dans le tube intestinal. Hypothèse encore appuyée par le début éloigné et la marche lente des accidents. S'il existe un volvulus, comme on le suppose, on sait que celui-ci a son siège de prédilection dans le gros intestin et surtout au niveau de l'S iliaque, tout semble donc démontrer que l'obstacle siège dans les dernières portions de l'intestin, plus haut toutefois que le rectum, puisque le toucher montre l'intégrité parfaite des parois et du calibre de l'intestin.

Quoi qu'il en soit, il importait d'essayer rapidement de franchir l'obstacle, par les moyens médicaux employés habituellement en pareil cas, impuissants à sauver le malade, s'il s'agit d'un cancer, mais qui peuvent dans certains cas triompher de l'enroulement de l'intestin, s'il s'agit d'un volvulus.

Des grands lavements d'eau simple, puis d'eau gazeuse, furent donnés au malade en se servant d'un irrigateur ordinaire dont la canule était solidement fixée à une grosse sonde en caoutchouc, enfoncée aussi profondément que possible dans le rectum.

Les quantités de liquide ainsi introduites furent les suivantes :

21 novembre. Matin, 2,600 grammes.
— — Soir, 2,200 grammes.
22 — Matin, 2,000 grammes environ.

On joignit à ce traitement l'emploi des drastiques, puis de l'infusion de café et enfin de l'électrisation de l'intestin; un pôle était appliqué dans le rectum, et l'autre sur la paroi abdominale.

Cette pratique provoquait des vives contractions de l'intestin accompagnées de coliques fort pénibles. Le résultat fut nul, et le malade n'expulsa ni gaz ni matières par l'anus.

Le 22 novembre. L'état du malade était aggravé, apyrexie, peu de vomissements, pouls petit, légère cyanose des extrémités et de la face, facies abdominal, voix cassée, yeux excavés et bordés d'un cercle noirâtre, intelligence intacte.

En présence de l'insuccès des moyens médicaux, une intervention chirurgicale fut jugée nécessaire, et M. le professeur Guyon qui examina le malade conjointement avec M. le professeur Potain, pratiqua la gastrotomie, le 23 novembre; il y avait alors 23 jours que le malade n'avait rendu de matières par le rectum.

Opération. — Après avoir vidé la vessie, une incision fut pratiquée sur la paroi abdominale antérieure au niveau de la ligne blanche; l'abdomen ainsi ouvert, M. Guyon explora alternativement les fosses iliaques et la région péri ombilicale, dans la fosse iliaque gauche, et après avoir introduit une sonde dans le rectum, constata la présence d'une induration enserrant une portion d'intestin, qui fut reconnue, après avoir été attirée

au dehors comme étant l'union de l'S iliaque et du rectum. L'intestin ainsi sorti de l'abdomen paraissait étranglé extérieurement par une petite bride circulaire de 0m,003 d'épaisseur environ, très adhérente à la séreuse qu'elle entourait presque complètement, à la façon d'une colerette. Après que cette brid circulaire eut été sectionnée par le bistouri, on vit que l'intestin restait affaissé et la palpation entre deux doigts dénota l'existence d'une plaque indurée, occupant la paroi même de l'intestin et faisant saillie du côté de la muqueuse, ainsi que l'examen ultérieur le démontra. M. Guyon prit le parti d'enlever la portion de l'intestin ainsi lésée, et de réunir ensuite les deux bouts de l'intestin par des points de suture.

La portion de l'os iliaque ainsi enlevée entre deux ligatures avait 0,06 centimètres de long, l'épaisseur de la paroi avait 0,030 millimètres.

La muqueuse est rougeâtre, congestionnée, sans ulcération ni plaques ecchymotiques; elle présente vers le milieu de la partie sectionnée un épaississement notable formé par une masse rougeâtre, un peu molle et granuleuse, laquelle diminue le calibre de l'intestin au point de permettre seulement l'introduction de la pulpe de l'index. Cette masse, ainsi que l'examen histologique l'a démontré, présente les altérations de l'épithélioma cylindrique.

Les deux bouts de l'intestin furent ensuite reliés par 15 points de suture, et immédiatement le cours des matières fut rétabli, car le malade remplit immédiatement près de deux bassins de matières molles et diffluentes. Le pansement fut pratiqué selon le mode de Lister.

Mort à 3 heures et demie.

A l'autopsie, les différents viscères sont normaux, les seules lésions constatées siègent dans la cavité abdominale.

L'intestin grêle très étendu, congestionné; sa surface est dépolie et légèrement granuleuse. Le côlon ne présente pas de dilatation notable; le côlon transverse est dans sa position normale, le côlon ascendant, est en contact avec la paroi abdominale, le côlon descendant au contraire, en est séparé par des anses de l'intestin grêle.

Dans le petit bassin, on trouve un peu de liquide séro-sanguinolent renfermant une très petite quantité de matières fécales.

La suture de l'intestin a été faite au niveau de l'union de l'S iliaque et du rectum.

Les portions de l'intestin conservées sont saines, et l'examen histologique de la portion enlevée, on constate que celle-ci présente les altérations de l'épithélioma cylindrique.

Les ganglions sont normaux.

Ces faits ne sont pas isolés. M. Proust a vu, il y a quelque temps, un malade chez lequel les accidents ne sont également survenus que trois semaines seulement avant la mort, et l'autopsie a révélé l'existence d'un cancer de l'S iliaque.

Laissant de côté le point de vue anatomo-pathologique, nous nous bornerons à relever brièvement quelques détails cliniques de ces observations.

Et d'abord le diagnostic pouvait-il être plus précis, plus exact, plus complet dans les cas qui nous occupent? Nous ne le pensons pas et cela pour différentes raisons : l'absence complète de tout commémoratif, de tout antécédent morbide révélé par l'interrogatoire des malades, l'absence de toute affection abdominale antérieure, de tous les phénomènes qui accompagnent la cachexie cancéreuse ; la généralisation des coliques et leur mobilité ; l'absence de toute résistance particulière, de tout empâtement spécial en un point quelconque de l'abdomen, tout concourait à rendre impossible une précision plus grande.

Nous signalerons le manque de toute émission solide, liquide ou gazeuze par l'anus pendant vingt-

huit jours chez le malade de notre observation II, et combien il est rare de voir la vie des malades se prolonger aussi longtemps au milieu de semblables accidents.

Dans ces cas, on doit attacher une grande importance à l'âge des malades au point de vue du diagnostic ; mais si on peut soupçonner fortement le cancer de l'S iliaque, on ne peut pas l'affirmer.

2° *Cancer de l'S iliaque à marche chronique.*

Nous avons déjà dit précédemment ce que nous entendions par cette expression. Tandis que dans la forme que nous avons appelée aiguë les accidents de l'occlusion intestinale apparaissent brusquement, au milieu d'une santé en apparence parfaite, dans la forme chronique les symptômes de l'étranglement interne ou de la cachexie cancereuse sont précédés par une longue période, caractérisée par des troubles fonctionnels vagues, et dans quelques cas par de l'empâtement ou une tumeur manifeste dans la fosse iliaque gauche.

Dans les cas où il est possible de distinguer le début du cancer de l'intestin, les troubles fonctionnels par lesquels on le voit se révéler tout d'abord sont ordinairement mal caractérisés et variables.

Un individu, auparavant bien portant, est pris sans cause appréciable d'une diarrhée presque continuelle, contre laquelle tous les remèdes sont im-

puissants; cet état se prolonge plusieurs mois, puis, au moment où l'on s'y attend le moins, surviennent inopinément une constipation opiniâtre, un ballonnement considérable du ventre et tous les signes de l'occlusion intestinale. L'individu succombe et à l'autopsie on trouve un cancer de l'S iliaque.

Obs. III. — Cancer de l'S iliaque ouvert dans le cæcum et ayant donné lieu à des phénomènes d'étranglement interne lesquels ont été précédés pendant huit mois par une diarrhée habituelle. (Cliniques chirurgicales de Dolbeau.)

C'était un homme robuste, âgé de 57 ans, et dont la santé avait été longtemps excellente. Depuis huit mois, cet individu avait gardé une diarrhée qui lui était survenue sans cause appréciable, et qui était demeurée presque continuelle sans être très abondante. L'embonpoint du malade, quoique diminué, était encore assez conservé. Il n'avait jamais remarqué de sang dans ses garde-robes, et jamais il ne s'était plaint d'aucune affection abdominale ou autre qui l'eût empêché de vaquer à ses occupations habituelles. Les accidents pour lesquels il est entré à l'Hôtel-Dieu dataient de trois semaines ; les symptômes consistaient dans une augmentation notable du volume du ventre et dans une constipation opiniâtre.

A l'arrivée du malade, le ventre était entièrement ballonné dans toute son étendue, mais surtout du côté droit; les anses intestinales du côlon ascendant et du côlon transverse se dessinaient manifestement sous la paroi abdominale. A la palpation on ne sentait pas de tumeur profonde, on ne déterminait du reste aucune douleur. La percussion dénotait une sonorité très marquée et générale. La constipation était toujours la même ; le malade, malgré les lavements et les purgatifs qu'il avait pris chez lui, n'avait pas été à la selle depuis 15 jours. Il n'avait pas eu de vomissements ni de hoquets, la langue était légèrement saburrale, l'appétit complètement perdu. Les

urines étaient normales. L'état général était du reste satisfaisant : le pouls un peu accéléré, mais assez développé ; il n'y avait pas de chaleur à la peau. On a insisté pendant plusieurs jours sur les lavements et les purgatifs les plus variés et les plus énergiques, mais la constipation a persisté et les accidents ont augmenté. La respiration est devenue pénible ; le pouls petit et fréquent; des hoquets, des vomissements verdâtres et fécaloïdes sont survenus ; l'état général est devenu extrêmemen grave : c'est dans ces conditions après avoir tout tenté, c'est-à-dire le dix-neuvième depuis le début des accidents et le sixième après l'apparition des vomissements que l'intervention chirurgicale a été acceptée.

Grisolle, se fondant sur l'apparition sans cause appréciable d'une diarrhée, qui avait résisté pendant huit mois à tous les traitements, sur l'amaigrissement progressif du malade et sur l'absence de toute lésion pulmonaire ou autre pouvant donner lieu à ces symptômes avait diagnostiqué une occlusion du gros intestin, probablement de l'S iliaque, liée à une dégénérescence cancéreuse. J'ajouterai comme renseignement qu'une sonde œsophagienne pouvait pénétrer par le rectum et disparaître en entier après avoir rencontré un léger obstacle vers la partie du rectum qui fait suite à l'S iliaque.

L'entérotomie a été pratiquée. On est allé à la recherche du cæcum, l'incision a été pratiquée dans la fosse iliaque droite, parallèle au ligament de Fallope et située à deux centimètres au-dessus du même ligament. Arrivé sur le péritoine nous l'avons décollé inférieurement et dans une petite étendue, et nous avons pu apercevoir au fond de la plaie le cæcum gonflé et peu mobile.

Il nous a été facile de le saisir à l'aide d'une pince à disséquer et de l'amener à l'ouverture que nous avions faite, tout en restant en dehors de la cavité péritonéale. Nous avons fixé l'intestin aux lèvres de la plaie à l'aide de quelques points de suture et c'est seulement alors que nous l'avons incisé. Quelques gaz se sont échappés en petite quantité; des matières fécales tantôt ramollies et tantôt en bloc endurcies ont commencé à être rejetées au dehors, mais lentement et avec difficulté. Une sonde a été introduite dans l'intestin en différents sens ; des injections ont été envoyées avec une certaine force. Malgré des soins per-

s'v'rants les matières n'ont coulé qu'avec difficulté et le ventre a très peu diminué de volume.

Dans la soirée nous sommes revenu près du malade, nous avons pratiqué les mêmes manœuvres ; l'huile de croton a été administrée, mais nous n'avons pu extraire encore qu'une petite quantité de matières fécales durcies ; à chaque instant les blocs stercoraux venaient obstruer l'ouverture et nous n'avons pu obtenir un dégagement abondant de gaz et de matières fécales. L'état général n'a pas changé et le malade a succombé 36 heures après l'opération.

Autopsie. — L'ouverture du cadavre a permis de constater les lésions suivantes. Un premier fait doit être indiqué : le ventre du sujet était resté énormément développé, l'ouverture du ventre s'accompagna d'un bruit considérable, véritable détonation, qui fut produite par l'issue brusque d'une grande quantité de gaz renfermés dans la cavité du péritoine. Immédiatement la paroi abdominale s'affaissa et le ventre diminua de près de moitié.

Le tube digestif est énormément distendu par les gaz, l'intestin grêle a le volume du côlon transverse lorsque celui-c est bien rempli. Toutes les anses sont très flexueuses ; par place elles forment des coudes brusques aux dépens du calibre intestinal, qui se trouve ainsi presque supprimé en plusieurs points. Le côlon transverse renferme encore des matières fécales dures ; le cæcum est à peu près vide, il en est de même du côlon descendant. Il n'y a pas d'épanchement intestinal dans le péritoine, il existe cependant une péritonite généralisée : par place ce sont des adhérences avec des épanchements d'un liquide rougeâtre ; dans d'autres points il y a des suffusions purulentes dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Il devient évident par l'examen que l'intestin grêle n'est le siége d'aucun obstacle matériel. L'intestin grêle enlevé, on constate les particularités suivantes : l'S iliaque en succédant au côlon se porte transversalement de gauche à droite et va se mettre en contact avec le cæcum ; le rectum est normal.

Une sonde introduite par l'anus artificiel pénètre successivement dans le côlon ascendant, dans l'intestin grêle par l'ouverture de Bauhin, mais chose plus singulière elle arrive aussi dans l'S iliaque. En ouvrant le cæcum on trouve, en effet, dans

cette cavité quatre orifices : 1o l'embouchure de l'intestin grêle ; 2o immédiatement en face du précédent l'orifice de l'anus artificiel ; 3o à droite l'orifice du côlon ascendant ; 4o à gauche un large trou, grand comme un sou, irrégulier, induré, mais sans tumeur. Ce dernier orifice fait communiquer le cæcum avec l'S iliaque ; il est formé par une vaste ulcération cancéreuse qui réunit les deux intestins.

L'autopsie a donc vérifié le diagnostic de cancer de l'S iliaque porté par Grisolle.

Les choses ne se passent pas toujours ainsi, et le cancer de l'S iliaque après s'être annoncé pendant un temps plus ou moins long par une diarrhée habituelle n'aboutit pas fatalement à l'occlusion intestinale. Dans certains cas, plus rares il est vrai que le précédent, on voit la diarrhée persister et apparaître les symptômes généraux de la cachexie cancéreuse. Le malade, réduit au dernier degré de l'amaigrissement, d'une faiblesse excessive, en proie à un dégoût profond pour les aliments, présente sur sa figure le cachet de la terrible maladie dont il est atteint. Le ventre tendu, ballonné, douloureux, gêne la respiration.

La diarrhée continue incessante, colliquative. Souvent une trhombose veineuse a envahi l'un des membres supérieurs ou inférieurs, créant ainsi une complication nouvelle. Le malade succombe à l'excès du marasme engendré par son cancer, lequel d'ailleurs peut s'être propagé aux principaux viscères. C'est ce qui existait dans l'observation suivante.

Obs. IV. — Carcinome de l'S iliaque et du rectum généralisé aux principaux viscères par Jean, interne; terminaison par cachexie. Bulletin de la Société anatomique, 1879.

La nommée Marie X..., âgée de 75 ans, entre à l'infirmerie de la Salpêtrière, salle Saint-Denis, n° 2, à la fin du mois de novembre 1874.

Cette femme présentait les symptômes généraux de la cachexie cancéreuse ; les seuls symptômes locaux étaient des douleurs très vives dans la région lombaire et une diarrhée très abondante, principalement dans les derniers jours de la vie. Jamais elle n'a eu d'hémorrhagie gastrique ou intestinale, jamais on n'a constaté de désordre dans la sécrétion ou l'excrétion urinaire ; il n'y a pas eu d'hématurie, mais la recherche de l'albumine n'a pas été faite.

Autopsie. — Dans la cavité abdominale, on constate des néomembranes à la face supérieure du foie, rattachant ce viscère à la face inférieure du diaphragme ; le foie est légèrement granuleux et paraît un peu sclérosé, mais ne présente aucun néoplasme dans son parenchyme.

Certaines anses intestinales, principalement les dernières parties de l'intestin grêle, présentent des adhérences nombreuses soit entre elles, soit avec les parois abdominales. En ouvrant le rectum par sa paroi postérieure, on trouve une masse cancéreuse à 15 centimètres de l'anus et remontant jusqu'à l'S iliaque. L'utérus présente sur son bord supérieur un noyau cancéreux de la grosseur d'une noisette. On remarque d'autres petits noyaux sur les faces antérieure et postérieure. Le col utérin, le vagin, la cloison recto-vaginale sont sains. Sur le péritoine, qui recouvre la face postérieure de la vessie existe une agglomération de noyaux qui servent d'adhérence à des anses intestinales. Le long de la colonne lombaire on trouve à gauche de l'aorte, en dedans du psoas, une masse jaunâtre, pyriforme, constituée par de la graisse et des éléments cancéreux ; l'aorte à ce niveau présente de nombreuses plaques d'adhérence et d'endartérité végétante.

Les ganglions pelviens sont en partie infiltrés de cancer.

A 10 centimètres de la valvule iléo-cæcale, il existe une perforation de l'intestin grêle par un de ces ganglions.

Pas de lésion du foie ni de rate. Masse cancéreuse de la grosseur du poing dans le lobe moyen du poumon droit. Le poumon gauche est sain.

A l'examen microscopique on reconnaît très nettement tous les caractères du carcinome fibreux. Le stroma est constitué par un grand nombre de travées fibreuses ; les espaces laissés libres par ces faisceaux sont remplis de cellules polymorphes renfermant, pour la plupart, plusieurs noyaux avec des nucléoles volumineux. Les coupes des organes infiltrés par la masse morbide offrent une structure analogue.

Le rein droit est assez volumineux et présente un noyau cancéreux à base tournée vers la périphérie, de plus on remarque un grand nombre de noyaux miliaires. Sur le rein gauche noyaux de même nature.

Quoique dans ce cas la terminaison ait eu lieu par cachexie, nous ne retrouvons pas un signe auquel la plupart des auteurs attachent une grande importance au point de vue du diagnostic du cancer de l'S iliaque, nous voulons parler de l'écoulement de sang par l'anus à des intervalles plus ou moins rapprochés. Sans chercher un seul instant à contester son existence et sa valeur, nous pensons qu'il est beaucoup plus rare qu'on ne l'a supposé jusqu'ici.

Dans les 14 observations que nous avons recueillies nous ne l'avons trouvé que deux fois, et chez des malades qui présentaient des bourrelets hémorrhoïdaux et étaient accoutumés à voir de temps à autre du sang dans leurs garde-robes, et cela depuis de nombreuses années. Dans ces circonstances, la présence dans les garde-robes d'une certaine quantité

de sang ne peut avoir aucune signification diagnostique. Mais si son existence était bien constatée, elle aurait une grande importance, car elle révélerait, à n'en pas douter, une ulcération du tube digestif, ulcération qui, si elle ne siégeait pas dans l'estomac, ne pourrait guère être due qu'à un carcinome intestinal.

Dans certains cas le cancer de l'S iliaque ne s'annonce pas par une diarrhée insolite, mais par une constipation habituelle. Cette constipation s'établit sans cause appréciable chez un individu auparavant bien portant, et nécessite l'usage fréquent des lavements et des purgatifs. Après avoir persisté pendant plusieurs mois, elle aboutit à tous les symptômes de l'occlusion intestinale, comme le démontre l'observation suivante.

Obs. V. — Cancer de l'S iliaque ayant débuté par une constipation habituelle, par Humbort, thèse de M. Eugène Charpentier sur l'intervention chirurgicale dans les étranglements internes, 1870.

Louise Montigny, âgée de 66 ans, entre le 19 mars 1870, dans le service de M. Desnos pour des douleurs abdominales et une constipation opiniâtre.

Pas de maladies antérieures ; elle a eu quatre couches dont les suites se sont toujours passées sans accident. Depuis quelque temps elle est très constipée et n'a de selles que tous les trois ou quatre jours. Il y a 15 jours cette malade fut prise de douleurs dans l'abdomen, douleurs sourdes, sans localisation fixe ; le ventre n'était pas augmenté de volume. Il y a huit jours les

selles se sont supprimées complètement et ne sont pas revenues, malgré divers lavements et purgatifs ; depuis se sont montrés des vomissements bilieux dont la fréquence n'a fait que s'accroître.

20 mars. Le facies est altéré par la souffrance, les vomissements, les hoquets sont très fréquents ; le ventre est très ballonné et les anses intestinales se dessinent sous la peau. La palpation ne cause aucune douleur ; il y a de la matité vers la fosse iliaque gauche ; il n'y a aucun signe de péritonite ; le toucher rectal ne fait rien constater.

Le 21. Les vomissements deviennent fécaloïdes, le pouls est à 72, la température est à 36°,2, 36°,6.

Le 22. L'état augmente de gravité, la faiblesse est plus prononcée, température 36°,6.

Le 23. Les vomissements ont cessé, la faiblesse est extrême, la respiration anxieuse ; le pouls petit, filiforme ; la température donne 36°,6, des injections forcées dans le rectum n'ont amené aucun soulagement, non plus que deux gouttes d'huile de croton.

Le 24. La voix est éteinte, les extrémités refroidies, légèrement cyanosées ; le facies abdominal plus prononcé ; le ventre n'est pas plus douloureux ; la prostration est complète ; la température, très basse, donne 35°,2. M. Verneuil, qui voit la malade, est d'avis d'opérer et pratique en conséquence l'entérotomie dans la fosse iliaque gauche ; l'opération ne présente aucune difficulté, est suivie d'une sortie considérable de matières et fait éprouver un soulagement considérable à la malade, mais l'état général ne peut se relever ; à 2 heures la température était de 35°,7 et la malade succombait dans la soirée.

A l'autopsie on constatait un cancer de l'os iliaque à son union avec le côlon descendant ; une perforation de l'intestin au-dessus de l'intestin était imminente. Il n'y avait pas de traces de péritonite. Le gros intestin avait été ouvert à quelques centimètres au-dessus du rétrécissement.

Chez d'autres malades, la période de début du cancer de l'S iliaque est caractérisée par des alter-

natives de diarrhée et de constipation alternatives, qui persistent durant la période d'état tout entière. Pendant trois ou quatre jours et même davantage, le malade ne va pas à la selle, puis, sans cause connue, il se produit une selle diarrhéique très abondante, formée de sérosités glaireuses, mélangées aux matières solides accumulées dans l'intestin. Le malade accuse du malaise, de la tension abdominale, des coliques. Les douleurs, parfois très circonscrites, sont fixes, intolérables et siègent dans la fosse iliaque gauche, mais le plus souvent, lorsqu'elles existent, elles sont vagues, mobiles et ne présentent rien de spécial. Ces alternatives de diarrhée et de constipation qui s'accompagnent de ballonnement du ventre sont, dans certains cas, le seul indice du début du cancer de l'S iliaque. Cependant, lorsqu'une diarhée habituelle ou des alternatives de diarrhée et de constipation existent, la santé générale ne tarde pas à subir les effets des désordres intestinaux; en l'espace de quelques mois le malade voit ses forces diminuer, son embonpoint disparaître et une sorte de langueur s'empare de sa personne. Aussi quand les accidents de l'étranglement interne se manifestent, les commémoratifs, les troubles digestifs antérieurs peuvent mettre le médecin sur la voie du diagnostic. Au contraire, si les premières phases de la dégénérescence cancéreuse sont absolument latentes, l'état général reste excellent jusqu'au moment où apparaissent les périodes ultimes.

Quelquefois les alternatives de diarrhée et de con-

stipation persistent jusqu'à la mort, c'est ce qu'on observe lorsque le cancer se termine par cachexie; habituellement elles font place à un moment donné, à une constipation opiniâtre, à laquelle viennent se joindre bientôt tous les signes de l'étranglement interne. Dans quelques cas l'âge du malade vient encore ajouter aux difficultés du diagnostic, en éloignant l'idée du carcinome. L'observation qu'on va lire en est un exemple frappant.

Obs. VI. — Carcinome colloïde de l'S iliaque chez un jeune homme de 19 ans; laparotomie; anus contre nature, par Louis Dubar, interne des hôpitaux.

Charton (Georges), âgé de 19 ans, tapissier, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 29 octobre 1879, salle Saint-Antoine, n° 18, dans le service de M. le docteur Dujardin-Baumetz. Ce jeune homme, sans être d'une constitution robuste, a toujours joui d'une santé relativement bonne. Il n'y a aucun antécédent héréditaire ou personnel important à noter.

Dans la nuit du 15 août 1879, sans cause connue, il est réveillé par des douleurs de ventre très vives et bientôt il est pris de vomissements et de diarrhée. Les douleurs généralisées dans tout l'abdomen présentaient néanmoins plus d'acuité au niveau du flanc droit. Ces divers phénomènes s'apaisent le lendemain. Il garde la chambre pendant 24 heures, puis reprend son travail.

Du 17 août au 10 octobre, sa santé paraît être à peu près rétablie. En effet, à part quelques douleurs vagues et peu vives dans le ventre, il ne se ressent pas de son indisposition. Les fonctions digestives ont repris leur cours normal ; il va journellement à la garde-robe, le plus souvent en diarrhée.

Le 10 octobre, après deux jours de constipation, il prend un purgatif salin qui amène d'abondantes évacuations. Il en res-

sent un grand soulagement, prend deux jours de congé, puis retourne à ses occupations.

Le 13 octobre dans la soirée, il est repris de nausées et de douleurs violentes dans la région abdominale. Bientôt se montrent des vomissements bilieux. Le 14, un peu de calme reparaît. Le 15 matin, le ventre est moins sensible, le malade a eu une selle dans la nuit. Le 16, un purgatif salin amène quelques garde-robes.

Mais l'amélioration que le malade avait tirée des purgations précédentes ne se reproduit plus. Le ventre est légèrement ballonné et chaque jour le gonflement fait des progrès. En même temps les douleurs et les vomissements reparaissent plus intenses et plus répétés. Du 16 au 22, malgré deux nouvelles purgations (huile de ricin et eau de Sedlitz), le malade n'a plus d'évacuations alvines. Il rend encore néanmoins quelques gaz par l'anus. Le 25, on lui administre 2 gouttes d'huile de croton sans aucun résultat. Depuis le 23, il ne rend même plus de gaz par l'anus. Le 29, il entre à l'hôpital Saint-Antoine

Ce jeune homme est pâle, très amaigri, les traits légèrement tirés, les yeux excavés ; la figure, dans son ensemble, offre une expression très marquée de souffrance. Le ventre est fortement ballonné dans toute son étendue. Il donne à la percussion un son tympanique. La tension de la paroi abdominale empêche toute exploration profonde.

L'attouchement de l'intestin éveille dans l'abdomen des contractions qui semblent dessiner à l'extérieur la plus grande partie du gros intestin : le côlon ascendant, le côlon transverse et le côlon descendant. La paroi abdominale antérieure, circonscrite par ces portions intestinales saillantes, ressemble à un cadre dont l'intérieur, un peu déprimé, répond aux régions ombilicales et hypogastriques. La palpation ne fait reconnaître aucun point plus particulièrement douloureux ; elle ne permet de constater ni empâtement ni rénitence.

En présence de ces symptômes, le diagnostic, obstruction intestinale, n'est pas douteux. Mais deux points très importants restent à résoudre : 1° sur quelle partie de l'intestin siège l'obstacle ? Quel est l'agent de l'obstruction ?

La première question trouve une réponse relativement facile. En effet, le toucher rectal, l'exploration par des sondes, permettent d'affirmer que le rectum est intact ; d'autre part le dé-

veloppement de l'abdomen, la forme, les contractions intestinales, que nous avons signalées précédemment dénotent la perméabilité de l'intestin jusque vers la partie inférieure du côlon descendant.

Il résulte de ces faits que très probablement la lésion siège à l'union de l'S iliaque avec le côlon descendant ou sur l'S iliaque elle-même.

Quant à l'agent de l'obstruction on ne peut faire à son sujet que des hypothèses. Rien dans la marche de la maladie ni dans les signes actuels ne peut mettre sur la voie. Il est sans doute à peu près certain qu'il ne s'agit ici que d'une obstruction à marche lente, que l'occlusion de l'intestin s'est faite progressivement et que le début des accidents remonte au 15 août. Néanmoins nous avons vu que pendant une période de deux mois la santé s'était à peu près rétablie. Aussi, tout en écartant l'invagination et le volvulus, est-il indispensable de faire des réserves pour l'existence d'une bride sur laquelle l'intestin serait venu s'étrangler progressivement. A côté de cette première hypothèse, vient se ranger la possibilité d'un néoplasme, soit tuberculeux, soit cancéreux. Les poumons sont cependant intacts; le malade ne tousse pas. Il n'existe pas d'empâtement dans la cavité abdominale; d'autre part le jeune âge n'est pas très favorable à l'idée du cancer.

M. le Dr Perier, appelé en consultation, insiste sur la période déjà avancée de la maladie, l'affaiblissement du malade, son jeune âge et propose une intervention rapide. Il recommande de pratiquer dans la journée une forte irrigation par le rectum. Un litre et demi d'eau est introduit au moyen d'une sonde œsophagienne enfoncée à une profondeur de vingt centimètres dans l'anus. Cette injection n'amène pas de résultat. Dans la journée du 29 quelques vomissements fécaloïdes se produisent. La nuit est assez calme.

Le 30 au matin, M. le Dr Périer, après avoir pris avis de MM. les docteurs Terrier, Lucas, Championnière, Berger et Dujardin-Baumetz propose de faire la laparotomie, de reconnaître exactement la nature de l'étranglement, puis de se comporter suivant les circonstances.

L'opération est entreprise avec tout l'appareil de Lister. Le patient est endormi. Une incision de 10 centimètres est pratiquée sur la ligne médiane depuis l'ombilic jusqu'à 5 centi-

mètres au-dessus du pubis. Une main introduite dans la cavité abdominale reconnaît bientôt une tumeur dans la fosse iliaque gauche. Cette tumeur a le volume d'une grosse noix, elle englobe l'intestin ; elle semble avoir contracté quelques adhérences avec les parties profondes, car on ne peut pas la mobiliser et l'attirer vers l'extérieur. M. Périer, après avoir reconnu cette tumeur, pratique immédiatement un anus contre nature au niveau de la portion inférieure du côlon descendant. La suture de la plaie médiane se fait rapidement, puis on procède au pansement.

La journée du 30 est assez satisfaisante. L'issue d'une quantité énorme de matières fécales a amené un grand soulagement. La température, une heure après l'opération, est de 37°. Le pouls est petit et bat cent fois par minute. Dans l'après-midi, quelques vomissements peu abondants, apparaissent à la suite d'ingurgitation d'eau vineuse. A 4 heures, la température est de 37° 8. Le pouls s'est relevé, mais a gardé la même fréquence. Le soir l'opéré accuse quelques douleurs dans la région hypogastrique. Il se plaint de ne pas uriner. Le cathétérisme amène l'issue d'une urine rouge et limpide. Les matières s'écoulent librement et en abondance par l'anus artificiel.

A 10 heures, comme le malade désire vivement dormir, on lui administre deux pilules d'extrait thébaïque de 2 centigrammes et demi.

Pendant la nuit quelques vomissements peu abondant viennent à deux ou trois reprises troubler le repos du malade.

Le 31, à huit heures du matin, la température est de 36°6. A 10 heures, au moment du pansement on s'aperçoit que les extrémités sont froides ; bientôt la face se cyanose, le pouls devient petit, précipité. On pratique une injection sous-cutanée d'éther. Le refroidissement continue sa marche envahissante et bientôt le malade meurt dans le collapsus.

Autopsie. — Un large lambeau est taillé dans la paroi abdominale antérieure, de manière à comprendre la plaie médiane et l'ouverture de l'anus contre nature.

Nous plaçons ensuite deux ligatures, l'une au niveau de l'angle gauche du côlon transverse, l'autre à la partie supérieure du rectum, puis nous sectionnons l'intestin. Il nous est alors facile de nous rendre compte de la situation et des rapports de

la tumeur qui a été constatée pendant la vie, ainsi que du point où a été pratiqué l'anus contre nature.

La tumeur occupe la partie moyenne de l'S iliaque du côlon. Elle repose sur la fosse iliaque gauche, aux parties superficielles de laquelle elle adhère.

Une dissection attentive nous permet en effet de constater que le péritoine qui tapisse la fosse iliaque a subi, au voisinage de la tumeur un épaississement assez notable, qui le rend pour ainsi dire rigide. De même le tissu cellulaire sous-péritonéal est épaissi, un peu infiltré. De là l'adhérence notable que la tumeur semblait avoir contractée avec les parties sous-jacentes. Cependant, la dissection démontre que les gros vaisseaux, qui traversent la fosse iliaque étaient parfaitement intacts et indépendants ; que le fascia iliaca, et à plus forte raison les muscles psoas et iliaque étaient restés sains au voisinage de la tumeur.

Celle-ci a le volume d'un gros œuf de poule. Elle présente 6 centimètres de longueur sur 4 centimètres de largeur. Elle englobe toute la circonférence de l'intestin. La consistance est assez dure et uniforme dans toute son étendue.

L'anus contre nature vient s'ouvrir immédiatement au-dessus de son extrémité supérieure, c'est-à-dire dans le tiers supérieur de l'S iliaque du côlon. Un doigt introduit par l'anus contre nature dans la cavité intestinale et dirigé vers la tumeur, est bientôt arrêté par une sorte de saillie qui obstrue complètement la cavité. Des liquides introduits par le bout supérieur de l'S iliaque du côlon, sortent par l'orifice de l'anus contre nature, mais pas une goutte ne s'écoule par le bout inférieur c'est-à-dire au-dessous de la tumeur.

Une section portant sur le segment postérieur est pratiquée dans toute la longueur de l'S iliaque.

Au-dessus de la tumeur nous trouvons l'intestin dilaté, rempli de mucus et de matières fécales. Au-dessous de la tumeur, l'intestin ne renferme pas trace de matières fécales. Au niveau de la tumeur, nous constatons que les parois de l'intestin sont considérablement épaissies. Dans toute la circonférence, elles mesurent 8 à 9 millimètres. Dans la moitié supérieure de la tumeur, un mamelon, du volume d'une petite noix, se détache d'une paroi de l'intestin et vient s'appliquer sur la paroi opposée. C'est ce mamelon qui a fait bouchon, a rétréci de plus en plus la lumière de l'intestin et finalement en a amené l'obstruc-

tion complète. Cette saillie est rouge à la surface; elle est manifestement recouverte par la muqueuse enflammée.

La coupe des parois de la tumeur nous fait distinguer à l'œil nu quatre couches distinctes : 1° la couche péritonéale un peu épaissie; 2° une couche gélatineuse, collante au doigt, couleur chair d'huître de 3 à 4 millimètres d'épaisseur; 3° une couche blanchâtre de 1 millimètre 1/2; 4° une couche rougeâtre (muqueuse), qui semble un peu plus épaisse et plus injectée que dans le reste de l'intestin.

L'examen microscopique est pratiqué dans le laboratoire de M. le Dr Cornil. Une partie de la tumeur qui faisait saillie et formait bouchon dans l'intestin est soumise, après durcissement à des coupes fines et régulières allant de la muqueuse à la tunique péritonéale. La muqueuse est facilement reconnaissable à ses glandes en tube, rangées régulièrement les unes à côté des autres, et reposant sur une couche de tissu conjonctif, à fibres rosées, colorées par le carmin, au milieu desquelles on voit un assez grand nombre de petites cellules arrondies, embryonnaires, dont les traînées s'interposent entre les culs-de-sac glandulaires. Cette prolifération cellulaire embryonnaire est l'indice d'une inflammation assez intense de la muqueuse. La couche péritonéale ne semble avoir subi aucune altération appréciable.

Entre ces deux couches, nous recherchons en vain des traces de fibres musculaires. Tout l'espace interposé entre elles présente le même aspect.

Ce sont des groupes d'alvéoles séparés les uns des autres par des tractus fibreux plus ou moins épais.

Chacun de ces groupes se compose d'un nombre variable d'alvéoles, à parois minces, délicates, mais se détachant nettement grâce à la transparence de leur contenu. Quelques-uns de ces alvéoles paraissent vides; ils ne renferment que quelques granulations molléculaires. D'autres montrent quelques grosses cellules sphériques avec noyau clair; d'autres enfin des cellules plus nombreuses de volume variable; les unes sans noyau, les autres avec un ou plusieurs noyaux; toutes sont remplies de gouttelettes claires, et de granulations grisâtres qui leur donnent un aspect terne grisâtre caractéristique. Quelques vaisseaux à parois minces se montrent çà et là dans les travées conjonctives de la tumeur.

L'examen de ces coupes ne laisse aucun doute sur le diagnostic

microscopique de la tumeur. Il s'agit d'un carcinome colloïde type.

Les autres viscères sont sains.

Dans les auteurs nous n'avons pas rencontré un seul exemple de cette variété de tumeur chez les enfants et les adolescents. La rareté d'un pareil fait explique l'incertitude du diagnostic pendant la vie du malade.

Lorsque le cancer de l'S iliaque s'annonce par des troubles fonctionnels vagues, tels que diarrhée habituelle, constipation opiniâtre, fèces effilées ou fragmentées, alternatives de diarrhée et de constipation, douleurs sourdes dans le ventre, rarement lancinantes, sans localisation fixe, on peut le soupçonner mais non le constater directement pendant la vie. L'autopsie seule vient montrer la lésion organique souvent méconnue.

Dans des cas relativement rares, l'examen de l'abdomen permet d'apprécier directement l'altération cancéreuse de l'intestin et appelle l'attention du médecin sur le carcinome de l'S iliaque. Celui ci se révèle à la palpation sous la forme d'une tumeur douloureuse, de consistance dure et siégeant dans la fosse iliaque gauche. Le plus souvent on ne distingue pas de tumeur proprement dite, mais on constate un empâtement occupant tout le flanc gauche et se prolongeant jusque sur la ligne médiane. Si alors il est assez facile de reconnaître un cancer de l'S iliaque à cause de la diarrhée, des coliques, de

l'amaigrissement qui accompagnent la tumeur, le diagnostic ne laisse pas que d'être parfois fort incertain et très obscur.

L'absence de vomissements, l'existence d'élancements incessants, tout à fait circonscrits, le ramollissement de la tumeur sur son milieu, comme M. le Dr Rendu en a vu un exemple dans sa pratique civile, peuvent faire songer à un phlegmon iliaque suppuré. Dans un cas il existait une sonorité tympanique au niveau de l'empâtement, en sorte que l'on pensa qu'il s'agissait d'anses intestinales agglutinées par un exsudat inflammatoire, et on diagnostiqua une péritonite circonscrite. Plus tard, les garde-robes grisâtres, sanieuses, d'une fétidité excessive, laissant surnager, après refroidissement des substances graisseuses analogues à de la raclure épithéliale, l'amaigrissement très prononcé, la teinte jaunâtre de la peau, ne permirent plus de douter de l'existence d'une altération organique. Enfin la tumeur, au lieu de siéger dans la fosse iliaque gauche, peut occuper l'hypogastre et remonter à trois ou quatre pouces au-dessus de l'ombilic. C'est ce qui existait dans l'observation suivante.

Obs. VII. — Cancer gélatiniforme et encéphaloïde de l'S iliaque et de la vessie par Lenepveu, Bulletin de la Société anatomique, 1839.

Le nommé Dupage, âgé de 49 ans, berger, fut admis à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Michel, n° 22, le 2 mars 1839.

Il sortait du service de chirurgie où l'on avait reconnu une affection des voies urinaires, dont le siège et la nature étaient restés indéterminés. Ce malade avait aussi été traité à l'Hôtel-Dieu, durant le mois de janvier, pour la même affection.

Elle a débuté il y a un an par des douleurs vives et lancinantes dans la région de la vessie, par des coliques violentes et une difficulté très grande d'aller à la garde-robe. Il continua malgré cela ses occuptions très fatigantes; il était chargé de porter l'eau et les fourrages destinés à alimenter 400 moutons.

Cet homme avant l'invasion de cette maladie était d'une bonne santé, d'une constitution robuste, il avait un embonpoint plus qu'ordinaire. Au mois de décembre 1838, les garde-robes devinrent de plus en plus difficiles, rares et accompagnées de douleurs très fortes. Des épreintes et de vives cuissons survenaient chaque fois que le besoin de la défécation se faisait sentir; ces envies fréquentes d'uriner se manifestèrent à la même époque : elles se répétaient 15 à 20 fois par jour. Les urines étaient visqueuses et filantes, elles se réunissaient en masse comme gélatineuse au fond du vase. Du reste les fonctions digestives et respiratoires, la santé générale éprouvèrent une altération grave, jusqu'au moment où cet homme fut reçu dans le service de M. Rayer. Il présentait alors les symptômes suivants. Peau d'une teinte un peu jaunâtre : légère bouffissure de la face et infiltration commençante des membres inférieurs; appétit bien conservé, langue humide et rosée, digestions faciles quelquefois diarrhée et plus souvent constipation, depuis le début de la maladie. Il y a parfois mais non d'une manière continue, un petit mouvement fébrile qui apparaît surtout le soir. La respiration est obscure et mêlée de râles muqueux dans le poumon droit. La percussion donne un son légèrement mat dans le côté droit et postérieur. A gauche et en arrière il y a plus de sonorité; le bruit respiratoire est aussi un peu plus clair, et l'expiration plus prolongée de ce côté.

L'abdomen est souple et indolent à la pression dans ses deux tiers supérieurs; si on explore l'hypogastre, on reconnaît l'existence d'une tumeur qui remonte à trois ou quatre pouces au-dessus de l'ombilic. Elle offre une dureté et une résistance qui ne permettent pas de l'attribuer à une dilatation considérable de la vessie par les urines; celles-c n'ont jamais été suppri-

mées complètement. Elle ne jouit d'aucune mobilité ; elle semble se prolonger dans le petit bassin. D'une autre part les parois abdominales ne sont pas mobiles sur la tumeur. En touchant par le rectum, on trouve cet intestin dilaté et disposé en infundibulum à la partie inférieure ; on rencontre aussi des bosselures et des inégalités dures à la paroi antérieure, à deux ou trois pouces des sphincters. Les mouvements communiqués à la tumeur, par le rectum, sont perçus par la main appliquée à l'hypogastre. Le malade fut sondé et la saillie extérieure conserva, après l'évacuation des urines, la même forme et la même dureté.

La sonde pénétra dans la vessie sans obstacle, et donna la sensation de quelques brides saillantes dans l'intérieur de cet organe. De petits fragments de matière molle ayant la plus grande analogie avec la matière encéphaloïde ramollie, furent retirés avec l'instrument. Sur cet indice, aidé des autres signes physiques et rationnels, M. Royer diagnostiqua un cancer de la vessie.

6 mars. Depuis l'arrivée du malade, les urines ont toujours été fort peu abondantes et alcalines, les envies d'uriner fréquentes, et leur émission suivie d'une sensation douloureuse à l'extrémité du gland. Si l'on s'en rapporte au récit du malade. Il n'a jamais uriné de sang.

10 mars. Même état, beaucoup d'appétit ; le malade a toujours quelques coliques et des douleurs lancinantes dans le bas-ventre.

Il n'a jamais eu d'envies de vomir, depuis son séjour à l'hôpital, il a été soumis à une constipation opiniâtre. Les douleurs, les épreintes sont toujours les mêmes, lorsqu'il veut aller à la garde robe, et il ne rend que quelques glaires, après des efforts pénibles et déchirants (lavements, purgatifs).

Le 12. Les urines sont devenues plus rouges et d'une couleur plus foncée ; on croit voir à l'œil nu des débris assez volumineux d'épithelium. Elles n'ont jamais offert de fétidité caractéristique.

Le 19. Diarrhée très abondante, coliques violentes, garde-robes involontaires et très liquides, faiblesse extrême, décubitus dorsal, respiration embarrassée, pouls petit, fréquent, serré. Tous ces symptômes vont en s'aggravant, et le malade succombe le 22 mars, à 2 heures de l'après-midi.

Autopsie. — Une tumeur énorme qui égale le volume de la tête d'un enfant de 10 ans, occupe tout le petit bassin, et s'élève à 4 pouces au-dessus de la branche horizontale des pubis ; elle présente des bosselures et des sillons nombreux à sa surface ; elle est unie par des adhérences intimes, à l'aide d'un tissu cellulaire épaissi et lardacé aux parois de la cavité pelvienne du ventre. La tumeur dépasse plus la ligne médiane à droite qu'à gauche.

La tumeur est divisée par un sillon horizontal en 2 lobes : l'un inférieur, est formé par la vessie, et l'autre supérieur, plus volumineux, par l'S iliaque dilatée. Après avoir divisé la paroi antérieure de ces deux cavités, on voit que la vessie est presque entièrement remplie par un champignon cancéreux. Il se laisse pénétrer sans effort par le doigt introduit par la vessie ; pendant la vie il se laissait pénétrer avec la même facilité par la sonde. En plongeant le doigt profondément dans cette masse, on voit que la paroi postérieure de la vessie est complètement détruite, et qu'elle communique par une large ouverture avec l'S iliaque.

Le champignon cancéreux prend naissance sur cette ouverture et végète également dans l'intestin et dans la vessie.

Les reins ne sont pas envahis, les uretères sont très dilatés.

Les ganglions mésentériques qui avoisinent la tumeur à quelle ils adhèrent sont dégénérés comme elle.

Lorsque le cancer de l'S iliaque s'ouvre dans la vessie, il peut arriver que les matières fécales sortent par l'urèthre. D'autre part la tumeur abdominale se perfore quelquefois, et on voit s'établir une ou plusieurs fistules qui laissent échapper sans relâche des matières semi-liquides et mêlées de gaz et même de l'urine. Dans un cas observé par M. Monod, le malade, malgré l'existence d'une fistule intestinale, rendit des selles normales par l'anus jusqu'à la fin de la maladie, l'état général resta assez bon, et la cachexie cancéreuse fit absolument défaut.

Obs. VIII. — Epithelioma de l'S iliaque ouvert dans la vessie; passage des matières fécales par l'urèthre, par M. Monod, Bulletin de la Société anatomique, 1868.

Bizen, âgé de 42, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Louis, le 25 juin 1868. Il est malade depuis le mois de janvier de la même année. A cette époque il fut pris d'une constipation subite et opiniâtre qui dura 4 jours, et se termina par l'écoulement subit de matières fécaloïdes rendues par la verge. Cet écoulement se montra pendant trois jours. Quelques jours après parut à l'hypogastre une saillie qui, pendant un mois, prit toujours plus de développement. La peau s'enflamma, se perfora et laissa échapper des matières fécales; il s'était formé une fistule intestinale. Il s'en produisit une seconde à quelques centimètres de la première quelques temps après. Le malade avait joui jusqu'à ces premiers accidents de la santé la plus parfaite. Aucun symptôme de malaise abdominale ne s'était produit : ni diarrhée, ni constipation, jamais d'hématurie

A son entrée à l'hôpital, le 25 juin, il présentait à l'hypogastre, deux fistules qui laissaient échapper sans relâche des matières fécales semi-liquides et mêlées à des gaz. Malgré cela, le malade jusqu'à la fin de la maladie, rendit des selles normales par l'anus.

L'état général était assez bon. Le malade se nourrissait. Il avait cependant maigri, mais ne présentait pas de cachexie cancéreuse. Du 25 juin au 1er août, même état : diarrhée habituelle, aucun écoulement anormal par la verge, l'ouverture des fistules se rétrécissait peu à peu, mais on s'aperçut que de temps à autre l'urine passait par les fistules avec les matières fécales.

Le 26 août. M. Desprès réunit les 2 fistules, et dilata le trajet au moyen de l'éponge préparée. La veille de la mort, le doigt pouvait remonter jusque dans la vessie, et sentir distinctement des calculs dont on avait déjà constaté l'existence avec la sonde. Quelques fragments furent extraits avec une pince à polype.

Une sonde en gomme fut introduite par l'urèthre, et son

extrémité fut ramenée en dehors par l'ouverture abdominale; les deux bouts furent attachés au-devant du pubis par un fil. Quelques heures après l'opération, le malade qui depuis quelques jours ne prenait plus d'aliments mourut.

Autopsie. — L'S iliaque plonge dans le bassin, il présente une tumeur cancéreuse peu considérable sur une de ses parois et communique avec la vessie par une ouverture qui admet facilement le doigt. Le tout forme un foyer aufractueux intéressant la paroi intestinale et la face postérieure de la vessie, et couvert de fongosités gélatiforme. On ne trouve qu'en un point limité de l'intestin, une partie plus dure, blanchâtre, d'aspect cancéreux. [illegible]

Cette observation présente quelque intérêt à cause des difficultés de diagnostic sur le vivant. L'idée d'un cancer avait été longtemps éloignée, en raison de l'absence des signes principaux de cette affection : pas d'arrêt des matières, pas d'alternatives de diarrhée et de constipation, pas d'entérorrhagie, pas de tumeur appréciable, pas de cachexie cancéreuse évidente. Aussi MM. Richet et Després avaient-ils pu songer à une intervention chirurgicale.

Si cette tumeur rappelle par son aspect le cancer gélatiniforme, celà est dû, d'après M. Després, à la pénétration de l'urine dans les mailles du tissu. C'est un épithélioma parce que M. Després n'a trouvé que des cellules agrandies et déformées de l'épithélium cylindrique de cette portion de l'intestin. Le stroma de cette tumeur était formé de tractus fibreux, le long desquels étaient disposées les cellules épithéliales pressées les unes contre les autres et déformées. Ces cellules contenaient des granules en grande abondance.

CHAPITRE III.

DIAGNOSTIC DU CANCER DE L'S ILIAQUE.

Si le cancer de l'S iliaque se termine quelquefois par cachexie, le plus souvent il aboutit à l'occlusion intestinale. Mais dans les différents cas d'occlusion les symptômes sont à peu de chose près les mêmes, que l'obstacle soit formé par des matières fécales accumulées, ou par des corps étrangers, ou par des rétrécissements de l'intestin déterminés eux-mêmes par une dégénérescence organique, ou par la compression, résultat de tumeurs de voisinage, qu'il soit dû à la torsion d'une anse intestinale, à des brides celluleuses provenant de phlegmasies péritonéales anciennes, à une invagination, c'est-à-dire à la pénétration d'une anse de l'intestin dans une partie de l'organe située au-dessous de l'anse invaginée, qu'il existe un état nerveux de l'intestin, une sorte de paralysie, sur laquelle M. Heurault a appelé l'attention et à laquelle il a donné le nom de pseudo-étranglement. Bien plus, il est parfois impossible de savoir au juste si l'occlusion intestinale siège dans le gros ou le petit intestin. Cependant il est quelques signes qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic. Quand l'occlusion a son siège dans le gros intestin, plus particulièrement dans l'S iliaque,

le ballonnement du ventre occupe tout d'abord les régions latérales et supérieures de l'abdomen, et est plus considérable que dans le cas où l'obstacle est situé sur le trajet de l'intestin grêle. Les anses intestinales constituées par le côlon ascendant, le côlon transverse et le côlon descendant font souvent un relief très notable sous la paroi abdominale ; et surtout les vomissements sont beaucoup plus rares que quand l'obstruction siège dans le petit intestin, ils sont plus tardifs et même ils manquent parfois. Enfin les injections anales, à l'aide d'un siphon ou d'une douche ascendante, ne pénètrent qu'à une petite hauteur et sont rejetées immédiatement, tandis que dans le cas précédent elles sont conservées pendant quelques minutes et permettent l'introduction de 2 litres de liquide au moins.

Ordinairement le cancer de l'estomac se traduit par des phénomènes qui retentissent à l'extrémité supérieure du tube digestif. Il donne lieu presque toujours à des vomissements muqueux, alimentaires et à des hématémèses. Il provoque des douleurs au creux épigastrique, lesquelles se propagent parfois à la colonne vertébrale, douleurs que l'ingestion des aliments exaspère toujours plus ou moins ; et lorsqu'il produit une tumeur celle-ci siège à l'épigastre. Mais il peut présenter des formes insolites, et dans certains cas il est à peu près impossible de le distinguer du cancer de l'S iliaque, comme nous en avons vu récemment un exemple dans le service de M. Quinquaud, à l'hôpital Cochin.

Obs. IX (inédite. recueillie à l'hôpital Cochin, recueillie à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Quinquaud.)

Obs. IX. — Inédite, recueillie à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Quinquaud, 1880.

C'est un homme de 62 ans, ordinairement bien portant. Il y a quatre mois il a été pris d'inappétence, de dégoût pour les aliments.

En même temps il a commencé à éprouver une sensation de pesanteur abdominale et des vomissements alimentaires. Les forces ont diminué rapidement, et son embonpoint a disparu complètement. Il avait des alternatives de diarrhée et de constipation : tous les 15 jours il avait de véritables débâcles.

A son entrée à l'hôpital, il se plaint d'avoir une diarrhée très forte et des vomissements fécaloïdes. Il est très amaigri, et sa peau présente une teinte jaune-paille très prononcée. Son ventre est dur et ballonné, et donne à la palpation une sonorité considérable; le ballonnement est régulier, général et considérable.

Vu la diarrhée, l'amaigrissement notable, le teint jaunâtre, les vomissements fécaloïdes, le ballonnement régulier et considérable de tout l'abdomen, M. Quinquaud diagnostiqua un carcinome de l'S iliaque. Les symptômes allèrent toujours en s'aggravant, et après un séjour de trois semaines à l'hôpital, le malade mourut avec tous les signes de l'étranglement interne.

A l'autopsie on trouva un squirrhe de la petite courbure de l'estomac obstruant l'orifice du pylore. L'estomac était énormément dilaté et descendait jusqu'au pubis.

Dans les cas enfin où le cancer de l'S iliaque se propage à la vessie, on peut le confondre avec un cancer de cet organe, comme le démontre notre observation VII.

En résumé, nous pensons que dans un grand nombre de cas on ne peut que présumer le cancer de l'S iliaque et non l'affirmer.

Lorsqu'une constipation absolue survient brusquement, sans cause appréciable, chez un individu âgé de 45 ans au moins, et résiste à toutes les médications dirigées contre elle, si cette constipation s'accompagne bientôt de vomissements et du ballonnement régulier et considérable de tout l'abdomen, on doit, après s'être assuré que le toucher rectal ne donne aucun renseignement, avoir présente à l'esprit la probabilité du cancer de l'S iliaque.

Lorsqu'on voit une diarrhée insolite, ou une constipation habituelle, ou des alternatives de diarrhée ou de constipation s'établir sans cause connue chez un individu ayant dépassé 45 ans, et persister des mois malgré l'emploi soit des purgatifs, soit des opiacés àhaute dose, et engendrer après un temps plus ou moins long tous les phénomènes de la cachexie cancéreuse ou les accidents de l'occlusion intestinale, on doit soupçonner très fortement l'existence d'un cancer de l'S iliaque.

Si aux symptômes précédents s'ajoutent une douleur fixe dans la fosse iliaque gauche, une tumeur appréciable ou un empâtement manifeste dans le même point du ventre, on est autorisé à affirmer un cancer de l'S iliaque.

CHAPITRE IV.

TRAITEMENT.

A propos du traitement, nous pensons qu'il y a une distinction importante à établir, suivant que le cancer de l'S iliaque se termine par cachexie, ou aboutit à l'occlusion intestinale. Dans le premier cas l'intervention chirurgicale est contre-indiquée, et le médecin se voit réduit à soulager les souffrances du malade, soutenir ses forces, à favoriser autant que possible son alimentation, convaincu qu'il n'est pas en son pouvoir de guérir ou même d'enrayer le cancer. Mais lorsque l'obstruction intestinale se produit doit-on abandonner le malade à lui-même, ou chercher par une opération à rétablir le cours des matières? Et si l'opération semble justifiée, doit-on s'adresser à l'entérotomie ou à la gastrotomie ?

Tout d'abord il est un fait prouvé par l'expérience, c'est que les malades abandonnés à eux-mêmes dans ces conditions, c'est-à-dire lorsque tout a échoué pour rétablir le cours des matières fécales, succombent inévitablement. Une circonstance importante doit être signalée ; les malades succombent, dit Dolbeau, non pas à la cause de ces accidents, mais à ces accidents eux-mêmes, qui réagissent sur l'économie tout entière. En d'autres termes, la cause de l'occlusion intestinale n'est que secon-

daire dans la terminaison fatale de la maladie ; la mort est intimement liée aux accidents développés par la rétention des matières fécales. De là cette conséquence importante sur laquelle a insisté le professeur Nélaton, qu'il faut avant tout remédier à ces accidents et par suite rétablir le cours des matières fécales en ouvrant l'intestin au-dessus des matières fécales, c'est-à-dire au-dessus de l'obstacle qui a déterminé l'accumulation. Il est un second fait, c'est que, dans ce cas, il est parfois impossible de préciser le diagnostic. On peut avoir affaire à un volvulus ou à une bride péritonéale, ou à une invagination. Il est vrai qu'alors on peut soulever une objection très sérieuse, et dire que, en pareille circonstance, c'est la gastrotomie qui est indiquée et non l'entérotomie. Mais quoique l'ovariotomie nous ait montré qu'on peut à peu près impunément ouvrir la cavité péritonéale, l'opération de la gastrotomie n'en est pas moins extrêmement dangereuse. Et à part le cas de Reybard en 1841, on ne peut citer aucune guérison de cancer de l'S iliaque obtenue par cette opération,

Parfois aussi le chirurgien ne trouve pas l'obstacle, qu'il ne découvre qu'à l'autopsie, comme cela est arrivé à Dupuytren et à d'autres encore, ou bien, comme Laroyenne, il ne peut détruire les adhérences de l'intestin invaginé et est réduit à pratiquer un anus anormal.

Enfin dans l'opération de la gastrotomie on éprouve quelquefois de très grandes difficultés pour réinté-

grer dans le ventre les anses intestinales distendues : dans un cas, M. le professeur Le Fort a dû faire 5 ou 6 piqûres pour obtenir la réduction de l'intestin.

Aussi, dans tous les cas où le diagnostic de cancer de l'S iliaque aura pu être établi ou fortement soupçonné c'est à l'entérotomie, qu'il sera, pensons-nous, préférable de recourir. L'entérotomie a donné quelques succès, malheureusement trop peu nombreux. Sur 6 cas d'entérotomie pour des rétrécissements cancéreux de l'S iliaque, ayant produit des accidents d'étranglement interne, on a obtenu trois fois la guérison, dit M. Eugène Charpentier (1). Il est vrai que celle-ci ne s'est pas prolongée au delà d'un an, et que les malades sont morts d'une péritonite cancéreuse plus tard ou d'une récidive du cancer intestinal.

(1) Thèse de M. Eugène Charpentier : De l'intervention chirurgicale dans les étranglements internes.

CONCLUSIONS.

En résumé, en envisageant la question au point de vue purement clinique, nous voyons que le cancer de l'S iliaque se présente de quatre façons différentes :

Tantôt les phénomènes de l'étranglement interne apparaissent brusquement au milieu d'une santé en apparence parfaite, et emporte le malade en deux à quatre ou cinq semaines au plus.

Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, après une période plus ou moins longue caractérisée par une diarrhée insolite, ou une constipation habituelle, ou des alternatives de diarrhée et de constipation et par de l'amaigrissement, le malade succombe aux accidents de l'occlusion intestinale, ou quelquefois s'éteint lentement avec tous les signes de la cachexie cancéreuse.

Dans des cas très rares, le cancer de l'S iliaque révèle son existence par une tumeur ou plutôt un empâtement manifeste dans la fosse iliaque gauche, tumeur qui peut s'ouvrir à l'extérieur et donner lieu à des fistules stercorales.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Action du suc gastrique sur les aliments.
Structure des circonvolutions cérébrales.
Vessie.
Hernie inguinale.
Cirrhose hypertrophique du foie.
Gangrène.
Digitale.
Sels d'antimoine.
Hygromètres.
Tænias.
Racines.
Amputation de la jambe.

Vu, le président de la thèse,
POTAIN.

Permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris
A. GREARD.